



Le sport n'est pas toujours bon pour la santé publique

Gildas Loirand

► To cite this version:

| Gildas Loirand. Le sport n'est pas toujours bon pour la santé publique. 2016. halshs-01336965

HAL Id: halshs-01336965

<https://shs.hal.science/halshs-01336965>

Preprint submitted on 24 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Nombre de signes :

30 000 signes

Le sport n'est pas toujours bon pour la santé publique**Auteur :**

LOIRAND, Gildas, sociologue

Résumé de l'article :

Mobilisant quelques-unes des rares données statistiques relatives aux accidents de sport en France, cet article entend mettre en question, dans une perspective critique, la participation paradoxale des associations et des fédérations sportives au plan national « Sport-santé-bien-être » lancé en 2013 à l'initiative du ministère en charge des sports. Après avoir mis en évidence la fréquence particulièrement élevée des accidents de sport, il se propose également d'interroger leur invisibilité sociale comme celle de leurs nécessaires conséquences économiques sur les dépenses collectives de santé.

Texte de l'article :**Introduction : La promotion des associations sportives fédérales comme acteurs de santé publique**

Réalisée en 2008 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), une vaste « expertise collective », qui reprenait les résultats de plusieurs milliers d'articles scientifiques publiés à l'échelle mondiale, a largement confirmé ce que l'on savait déjà : que l'on soit jeune ou vieux, femme ou homme, en forme ou malade, valide ou handicapé, la pratique d'une activité physique ou sportive de loisir est « bonne pour la santé » (INSERM, 2008). Elle devrait donc pour cette raison être fortement encouragée, valorisée et généralisée à toutes et tous. Sur la foi des preuves scientifiques accumulées, les activités physiques et sportives seraient en effet en mesure de favoriser le maintien en bonne santé de la population et ainsi de contribuer, à terme, à la forte réduction espérée des dépenses médicales pour l'ensemble de la communauté nationale. Telles étaient en substance les conclusions prescriptives des divers spécialistes réunis par l'INSERM à l'invitation du Ministère de la Jeunesse, des sports et de la vie associative (MJSVA), commanditaire de l'étude (1).

C'est donc sur la base de telles préconisations que le Ministère chargé des sports s'est engagé, à compter de janvier 2013, dans l'organisation d'un plan national « Sport-santé-bien-être », décliné dans chaque région, avec pour objectif assumé « *d'accroître le recours aux activités physiques et sportives (APS) comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la recommandation des APS par les médecins et les autres professionnels de santé, dans un but de préservation du capital santé de chacune et de chacun* » (2). Pour tenter de mener à bien un tel programme reposant sur la certitude que « *la contribution des activités physiques et sportives (APS) à l'amélioration de la santé des populations n'est plus à démontrer* » (3), et faute de moyens propres suffisants, le Ministère chargé des sports s'est attaché depuis le lancement de l'opération à inciter les fédérations sportives et leurs réseaux d'associations locales à en devenir des acteurs majeurs, notamment par l'attribution de subventions supplémentaires dédiées (4). Ainsi, était-il question de mobiliser « *les professionnels et les bénévoles du sport pour convaincre le plus large public de la nécessité de pratiquer une activité physique ou sportive régulière* » (5). L'invitation a d'ailleurs été fort bien accueillie par le « mouvement sportif » national, au point que, pour s'en tenir à la position normative de la Commission médicale du Comité national olympique et sportif français (CNOSF), les associations sportives devraient légitimement pouvoir disposer d'un quasi monopole en matière de « sport-santé » : « *Les bienfaits du sport se retrouvent sur le plan de la santé*

et du mieux-être physique, psychologique et émotionnel. Dans une société de plus en plus sédentaire, quel que soit l'âge, l'activité physique et sportive encadrée des jeunes, des adultes ou des seniors doit se développer au sein des associations sportives fédérales (6). »

Prenant acte de la volonté contemporaine de l'État d'étendre la pratique des activités physiques et sportives au plus grand nombre aux fins d'une réduction attendue des dépenses de santé des Français, cet article se propose de mettre en question ce paradoxe en forme « d'hypocrisie structurale » (Bourdieu, p. 177-187) qui consiste à déléguer aux associations sportives fédérées un rôle majeur dans l'offre de services d'encadrement corporel orientés vers la préservation de la santé de chacun. Et ceci alors même que ces associations, par les pratiques ordinaires qu'elles organisent, se révèlent inévitablement responsables de dépenses de santé qui pèsent fortement sur les comptes de la branche maladie de la Sécurité sociale. Aussi, après avoir discuté quelques certitudes en apparence scientifiquement étayées à propos des effets du sport sur la santé, il s'agira dans un premier temps de manifester la forte densité des accidents de sport et d'en apprécier à minima le poids économique sur la base des rares sources disponibles. Proposant par la suite quelques pistes explicatives susceptibles de rendre compte de l'étrange invisibilité sociale de ces accidents, l'article se conclura de manière assumée par quelques questions beaucoup plus « citoyennes » que celles qui sont censées gouverner habituellement la pratique de la sociologie.

1 – « Le sport, c'est bon pour la santé ! » : une conviction sans certitudes

Bien qu'ils se soient accordés pour en appeler à une incitation à la pratique d'une activité physique ou sportive au nom de la santé publique, les auteurs de l'expertise collective de 2008 n'en ont pas moins exprimé les limites de leurs propres savoirs en signalant, à l'issue de leur travail de synthèse, l'urgence et la nécessité de « *promouvoir des études en économie de la santé et en sociologie* » afin de combler les lacunes en matière de connaissance des « *coûts/bénéfices* » relatifs à la promotion de la pratique des activités physiques (INSERM, 2008, p. 746). Il est juste qu'à ce jour, nul ne sait sérieusement quelles économies la pratique des activités physiques et sportives permet ou pourrait permettre de réaliser en termes de dépenses de santé. Dans un même ordre d'idée, nul ne sait davantage, faute de solides enquêtes et preuves empiriques disponibles, si c'est bien la pratique régulière d'une activité physique qui conditionne une bonne santé individuelle ou plutôt les conditions sociales, économiques, culturelles, professionnelles et environnementales relativement privilégiées de ceux qui ont objectivement le plus de chances de se livrer à ce type d'activité. En effet, les pratiquants les plus réguliers, à tous les âges de la vie, sont tendanciellement des cadres intermédiaires et supérieurs, bien diplômés, plutôt urbains, peu exposés au travail corporel et aux risques professionnels divers et davantage familiers que d'autres d'une bonne alimentation, d'une bonne hygiène de vie et de la fréquentation régulière et préventive des professionnels de santé. Et c'est avant tout pour ces principales raisons, indépendantes des effets éventuels de la pratique d'une activité physique, qu'ils sont également ceux qui disposent de la plus grande espérance de vie et du meilleur état de santé général (Blanpain, 2011, p. 2).

Dès lors, nul ne peut affirmer que, par elle-même, la pratique régulière d'une activité physique ou sportive serait plus déterminante pour le maintien en bonne santé que les conditions sociales diverses qui favorisent culturellement l'accès à la pratique en même temps que la conviction selon laquelle celle-ci serait nécessairement bonne pour la santé. Pour pouvoir le faire, il faudrait disposer d'études précises qui ne consisteraient pas seulement en généralisations tirées de recherches de type expérimental et le plus souvent portées à comparer, hors contextes et déterminants sociaux, des groupes de « sujets sédentaires » à des groupes de « sujets entraînés ». Or, en la matière, font encore totalement défaut de vastes enquêtes méthodiques qui se donneraient pour objectif de distinguer différents groupes sociaux selon leur espérance de vie tout en

cherchant ensuite à observer finement l'état de santé différencié de ceux qui les composent en fonction de leur pratique ou non d'une activité physique de loisir, en compétition ou non, et surtout selon la fréquence et l'intensité de celle-ci.

Ainsi, si l'expertise de l'INSERM présente assurément des indices concordants pouvant autoriser à militer en faveur de la promotion d'une pratique modérée des activités physiques, il n'en reste pas moins que l'on se situe très loin d'une vérité sociologique bien établie lorsqu'on en déduit sans précaution que les activités physiques sont par nature bonnes pour la santé ou pire, par une surprenante extension mécanique, que « le sport c'est bon pour la santé ». Pour la sociologie, de telles affirmations relèvent assurément de l'arbitraire culturel caractéristique des catégories socialement dominantes persuadées d'incarner les bonnes manières de faire corporelles et portés à convertir le peuple à leurs valeurs et idéaux (Passeron, 1991, p. 293-297). C'est ainsi que, soutenus par les penchants de leurs dispositions sociales et culturelles spécifiques, les membres de ces catégories – auxquelles appartiennent aussi les scientifiques rassemblés par l'INSERM et les dirigeants élus des fédérations nationales – en viennent à envisager spontanément que nombre de Français en mauvaise santé le sont pour une part, voire pour une large part, en raison du fait qu'ils ne s'adonnent pas régulièrement à une activité physique. Ce qui aboutit, certes, à souhaiter une massification de l'accès aux activités physique ou sportives, mais aussi, plus insidieusement, à individualiser fortement la responsabilité de l'état de santé des personnes et à tenir à distance leur type de conditions sociales, économiques et professionnelles d'existence comme facteurs potentiellement explicatifs d'une santé dégradée ou en voie de dégradation à mesure de l'avancée en âge.

2 – Des blessés par millions

Il n'existe donc pas de certitudes définitives en matière d'influence de l'activité physique sur la santé des Français et encore moins sur les économies susceptibles d'être réalisées grâce à elle par les organismes de Sécurité sociale. En revanche, ce que l'on sait désormais, données bien établies à l'appui, c'est que le sport en tant que catégorie singulière d'activité physique n'est pas toujours « bon pour la santé » ; loin de là.

En effet, publié dans la plus grande indifférence par l'Institut national de veille sanitaire (INVS), le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* du 2 septembre 2008 (Ricard & al., 2008), a clairement apporté une voix discordante dans le concert de louanges en faveur du sport comme « facteur de santé ». Sans ignorer les bienfaits sanitaires avérés ou probables de la pratique d'une activité physique « modérée » et « régulière » telle qu'elle est recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2010), force est d'admettre que le sport, dans sa singularité d'activité physique orientée vers la quête de victoires et de performances athlétiques, se trouve massivement à l'origine d'atteintes corporelles diverses, parfois fort graves, notamment dans les rangs des jeunes générations.

Pionnière en la matière, l'enquête de l'INVS ainsi clairement établi par ses mesures que le sport, tel qu'il est notamment organisé par les fédérations dirigeantes, n'est pas sans risque pour la santé et l'intégrité corporelle de ses pratiquants. Par projection des résultats obtenus auprès d'un échantillon de 10 services d'urgences, l'étude évalue ainsi à 910 000 le nombre annuel d'accidentés du sport hospitalisés en France alors même que, pour fournir une base de comparaison, les accidents de la route, en 2008, ont générés « seulement » 34 965 blessés hospitalisés sur un total de 93 788 blessés comptabilisés (ONISR, 2009, p. 9). À l'échelle de la population nationale, l'INVS en vient ainsi à fixer un taux d'incidence annuel de l'ordre de 15,1 accidents de sport nécessitant un recours aux urgences pour 1 000 français (37,0 pour 1 000 pour la tranche d'âge 15-24 ans), tout en montrant que les activités les plus pourvoyeuses de blessés sont tendanciellement les disciplines compétitives organisées par les fédérations sportives, les « sports d'équipe » représentant à eux seuls 43 % du total des accidents de sport recensés (7). Si l'on ajoute que ces derniers ont constitué 19 % des « accidents de la vie courante » et que chacun d'eux a donné lieu, en moyenne, à 3,5 jours d'hospitalisation, il

devient manifeste que l'adage selon lequel « le sport c'est la santé » relève plus du mythe performatif ou de la prophétie auto-réalisatrice que de la désignation d'un fait solidement attesté. Pour prendre la mesure économique de la réalité des accidents de sport, sur la base d'un prix moyen de journée d'hospitalisation calculé pour les spécialités « médecine » et « chirurgie », soit 1 274 euros par jour en 2008-2009, la note pour 910 000 séjours hospitaliers de 3,5 jours s'élevait à 4,058 milliards d'euros (8). Certes, sans compter les soins de suite, les séances de kinésithérapie ou encore les coûts engendrés par les arrêts de travail induits.

Limités à un système d'observation circonscrit à un échantillon représentatif de services d'urgences, les chiffres produits par l'INVS pèchent manifestement par défaut en ne retenant, de fait, que les accidents de sport parmi les plus graves advenus au cours d'une seule année. Au milieu des années 1990, Marie Choquet, dans une vaste enquête sur les jeunes de 12 à 24 ans montrait ainsi que 48 % des garçons pratiquant en club plus de 4 heures par semaine avaient connu un accident de sport dans les 12 derniers mois, ce taux s'élevant à 36 % pour ceux s'exerçant moins de 4 heures par semaine et à 22 % pour les non-adhérents à une association sportive (Choquet et *al.*, 1998) (9). Bien qu'elle ait contribué à minorer fortement la densité des accidents de sport en limitant sa population d'étude aux seuls résidents en France âgés de 14 à 75 ans (10), une enquête de 2010 diligentée par le Ministère chargé des sports n'en a pas moins estimé, par projection, à 4,4 millions la population annuelle des accidentés de sports, à 3,2 millions les blessés ayant consulté un médecin et à 800 000 le nombre des hospitalisés (Ministère de sports, 2012) (11). Réalisée par nos soins sur deux promotions d'étudiants de deuxième année en Sciences et techniques des activités physique et sportive à l'Université de Nantes (STAPS)(12), une récente enquête (2013-2014) a pu montrer que les individus interrogés, âgés de 19,5 ans en moyenne, avaient connu au moins un accident de sport, depuis leur naissance, dans une proportion de 90 %. En outre, pour 75,2 % de l'ensemble des répondants, la plus grave atteinte corporelle rencontrée au cours de leur existence avait eu la pratique d'un sport pour origine, sachant que le nombre moyen d'accidents de sport contractés depuis la naissance s'élevait à 4,9 par individu. Si l'on ajoute à cela que la fréquence de ces accidents augmente nettement à mesure que s'élève le niveau en compétition, que ceux-ci adviennent majoritairement dans des lieux spécialement conçus pour la pratique sportive et sous la direction d'un encadrement technique bénévole ou professionnel (84,2 %), le plus souvent dans le cadre d'une compétition officielle ou d'un entraînement précédant celle-ci (54,3 %), il devient difficile de confondre plus longtemps dans un même genre la pratique d'un sport fédéralisé et la pratique d'une activité physique modérée « bonne pour la santé » (13). Et il devient tout aussi difficile d'entrevoir où se situent les justifications d'ordre civique susceptibles de légitimer les organisations spécialisées dans la production de sportifs performants comme acteurs importants, voire incontournables, de la politique de santé publique de la France comme de la réduction de la consommation nationale de santé.

3 – L'invisibilité sociale des accidents de sport

Bien mises en évidence par quelques organismes d'études statistiques et de recherche publics, la forte densité des accidents de sport et ses nécessaires conséquences économiques probables sur les comptes sociaux de la nation ne relèvent donc pas du domaine du secret ou de l'officieux. Pour autant, la connaissance que l'on en a aujourd'hui reste paradoxalement une connaissance ignorée ou plus justement fortement refoulée par les divers agents qui assurent le contrôle, le développement et la promotion de la pratique sportive – dont les élus locaux qui votent les subventions en faveur des clubs et de la construction d'équipements. Les accidents de sport font donc ainsi partie de cette classe singulière de phénomènes sociaux sur lesquels on préfère collectivement « fermer les yeux » plutôt que de les « ouvrir » (Boltanski, 2004, p. 39-42). Et c'est d'ailleurs en raison de cette invisibilité manifeste qu'a pu être rendue socialement possible, et même explicitement souhaitée, la participation active du « mouvement sportif » fédéral au plan national « Sport-santé-bien-être ».

Face à un tel état des choses, l'analyse sociologique a donc moins pour finalité d'énoncer à nouveaux frais une vérité dérangeante déjà bien connue et d'interpeller les pouvoirs publics à son sujet que de s'attacher à comprendre et expliquer cette cécité sociale et politique qui consiste, au mépris des faits avérés, à continuer d'encourager la pratique du sport en club au nom de la santé. Il lui importe plutôt d'identifier les conjonctions d'intérêts sociaux, économiques, politiques et symboliques qui tendent à générer une dénégaration et une invisibilité sociale étendue de la réalité des atteintes corporelles consécutives de la pratique d'un sport.

En l'espèce, les intérêts économiques spécifiques de la plupart des associations et fédérations sportives ne sont pas des moindres. En « fermant les yeux » sur les accidents que leur activité génère tout en s'affirmant comme acteurs importants des politiques de santé publique, leurs dirigeants se donnent l'occasion d'attirer dans les clubs de nouveaux pratiquants à la recherche de santé et de bien-être et de bénéficier, par ce moyen, de nouvelles ressources qui pourront ensuite contribuer au financement de leur activité première et principale aux coûts de plus en plus élevés : la compétition athlétique, la quête de résultats et de performances. Les intérêts conjoints des fédérations et de l'État, légalement responsable, en France, du sport de haut niveau, ne sont pas non plus sans effet sur l'invisibilité des accidents de sports et sur leur inexistance en tant que « problème public » (Gusfield, 2009). Au regard de l'accroissement de la valeur athlétique des sportifs français dans les confrontations internationales depuis le milieu des années 1980, on peut considérer qu'une bonne part des 4 millions d'accidentés de sports annuels estimés par les services du ministère chargé des sports constituent le prix humain à payer pour pouvoir disposer d'une élite nationale capable d'exceller dans les plus hauts niveaux de la compétition sportive internationale. Ce qui, on peut le comprendre, ne saurait faire l'objet d'une mesure rationnelle et rendue publique. Sauf au risque probable d'une forte dé-légitimation du soutien public apporté à la compétition athlétique tant par l'État que par les collectivités territoriales. Parmi ces dernières, le plus souvent portées, en relation avec leur « politique d'image », à soutenir en priorité sportifs et associations les mieux classés sportivement, nulle n'a manifestement songé à pondérer ses aides en prenant en compte le niveau d'exposition aux accidents sportifs corporels de ses administrés.

Par ailleurs, et en s'intéressant moins à ce que la santé coûte à la collectivité nationale qu'à ce qu'elle peut rapporter aux professionnels du soin, on doit aussi compter sur les intérêts propres des membres du corps médical spécialistes de « médecine du sport » et dont les effectifs, notamment dans le secteur privé, n'ont cessé de croître ces vingt dernières années (Viaud, 2009). Qu'on le conçoive moralement ou non, il s'agit là de praticiens de santé qui ont nécessairement un intérêt économique direct à la permanence d'une population de patients victimes du sport. Et d'autant mieux qu'une partie de cette patientèle se trouve nécessairement portée à attendre des soins et traitements parmi les meilleurs disponibles au regard de son désir de reprendre au plus tôt la compétition à la suite d'une blessure incapacitante. C'est d'ailleurs au service d'une telle finalité explicite qu'a été imaginée et inaugurée, en 2008, à Angers (Maine et Loire), une « Clinique du sport » de très haute technologie dont le fondateur et actionnaire principal se piquait alors, dans la presse locale, d'offrir à ses patients sportifs « *les mêmes moyens techniques que ceux mis en œuvre à Clairefontaine* (centre d'entraînement de l'équipe de France de football) ». Mais pour lever toute éventuelle inquiétude à propos des tarifs appliqués aux fins de bénéficier, par exemple, « *d'une IRM dans les soixante-douze heures* (14) », il ne manquait pas de préciser aussitôt que ces mêmes patients seraient tous « *remboursés de la même manière que dans les hôpitaux* ».

Ainsi, et dans la mesure où les revenus des médecins spécialistes de la prise en charge des blessés du sport proviennent essentiellement des « remboursements » opérés par les organismes de sécurité sociale, on peut comprendre que ceux-ci n'aient pas collectivement intérêt à une visibilité étendue des accidents de sport tant celle-ci pourrait potentiellement aboutir à une « mise en scandale » (De Blic & Lemieux, 2005), avec pour conséquence préjudicielle éventuelle un déremboursement d'une partie des soins

apportés aux sportifs blessés dans le cadre d'une compétition ou dans celui d'entraînements y préparant.

Conclusion : Repenser la relation « Sport-santé-bien-être »

Au terme de cet exposé, on espère avoir convaincu que le sport ce n'est pas nécessairement la santé et que ce n'est pas forcément « mieux dans un club », pour reprendre un ancien slogan publicitaire du CNOSF. Même si l'on feint collectivement de l'ignorer sur le mode du refoulé, les conséquences de sa pratique sur la santé des français pèsent fortement sur les budgets du régime général de la Sécurité sociale. Certes, on peut admettre qu'il n'y a rien d'injustifié dans le fait que les accidents qui surviennent dans le cadre d'activités pratiquées ou organisées pour d'autres buts que la quête prioritaire de résultats en compétition soient traitées par les Caisses d'assurance maladie comme des accidents ordinaires de la « vie courante ». Mais au regard du coût probablement très élevé des conséquences de la pratique finalisée sur la performance et la quête de victoires, sans doute est-il possible d'envisager des formes de contributions des sportifs « amateurs » qui permettraient, à coup sûr cette fois, d'éviter de creuser encore un peu plus le déficit des comptes sociaux du pays. Au même titre que le fumeur qui prend un risque pour sa santé participe aux recettes de la sécurité sociale à chaque fois qu'il achète ses cigarettes, ne pourrait-t-on pas imaginer que le sportif compétiteur qui prend lui aussi des risques non négligeables pour sa santé puisse se voir également invité à contribuer à chaque fois qu'il signe sa licence « ouvrant droit à la compétition » ?

Pour cela il faudrait tout d'abord qu'un vaste chantier réflexif soit ouvert en commençant par se persuader que le sport fédéralisé a indubitablement un coût élevé pour la communauté des cotisants. À défaut, face au mouvement de spécialisation athlétique qui ne cesse de se renforcer au sein du sport amateur fédéré, y compris dans les niveaux intermédiaires de compétition, le régime général de la Sécurité sociale sera nécessairement amené à prendre en charge les conséquences d'accidents de plus en plus nombreux et à financer à grand frais cette sorte de « *médecine de président de la république* », nécessairement au service de « *gens bien-portants* », que des médecins bien intentionnés, dans leurs cliniques spécialisées, ne manquent pas de réserver aux compétiteurs et champions en devenir.

Telles sont les remarques et telles sont les questions que la sociologie peut adresser aux citoyens et à leurs représentants, les sociologues n'ayant bien évidemment pas la possibilité ni même l'intention de les résoudre au sens où il s'agit là de questions civiques et politiques et non pas de questions scientifiques.

Bibliographie :

Blanpain, Nathalie, « L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent », *INSEE Première*, n° 1372, octobre 2011.

Boltanski, Luc, *La condition fœtale. Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, col. NRF Essais, 2004.

Bourdieu, Pierre, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*, Paris, Le seuil, 2^{nde} éd., 1996 [1994].

Choquet, Marie & al., *Jeunes, sport, conduites à risques*, Rapport de l'INSERM, Équipe Santé des adolescents, 1998.

De Blic, Damien & Lemieux, Cyril, « Le scandale comme épreuve. Éléments de sociologie pragmatique », *Politix*, vol. 18, n° 71, 2005, p. 9-38.

Fleuriel, Sébastien ; Schotté, Manuel, *Sportifs en danger. La condition des travailleurs sportifs*, Éditions du Croquant, coll. « Savoir/Agir », 2008.

Gusfield, Joseph, *La Culture des problèmes publics. L'alcool au volant : la production d'un ordre symbolique*, Paris, Économica, 2009 [1981].

INSERM (coll.), *Activités physiques. Contexte et effets sur la santé*, Expertise collective, Paris, INSERM, mars 2008.

Ministère des sports, Les accidents liés à la pratique des activités physiques et sportives en 2010, *Stat-info*, n° 12-05, décembre 2012.

OMS (coll.), *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*, Genève, Les éditions de l'OMS, 2010.

Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), 2009, *La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2008*, Paris, La documentation française, 2009.

Papin, Bruno, « Devenir enseignant d'EPS : une vocation ? » in Fuchs, Julien & al. (dir.), *Enseignant : un métier en mutation*, Editions EPS, 2013, p. 37-52.

Passeron, Jean-Claude, *Le raisonnement sociologique*, Paris, Nathan, 1991.

Ricard, Cécile ; Rigou Annabel ; Thélot Bertrand, « Description et incidence des recours aux urgences pour accidents de sport, en France. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante, 2004-2005 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 33, 2 septembre 2008, p. 293-295.

Viaud, Baptiste, « Médecines du sport, sports de médecins : quand les biographies sportives s'invitent dans le jeu des carrières professionnelles », *Sciences sociales et sport*, n° 2, septembre, 2009, p. 131-169.

1 Au regard des changements d'appellation de ce ministère depuis 2008, nous utiliserons pour le désigner par la suite l'expression « Ministère chargé des sports ».

2 Instruction DS/DSB2/SG/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, p. 3.

3 *Ibid.*, p. 2.

4 En particulier, parmi les actions du sport associatif fédéré éligibles aux subventions du Conseil national de développement du sport (CNDS), on trouve depuis 2013 celles qui, au titre de la « part territoriale », se proposent de « contribuer à la politique de santé publique ». Voir : CNDS, Note n° 2014-DEFIDEC-01, 16 janvier 2014, p. 2.

5 Voir : <http://www.sports.gouv.fr/pratiques-sportives/sante-bien-etre/>

6 Voir : <http://franceolympique.com/art/1422>. Souligné par nous.

7 Concernant le sport national privilégié que constitue le football, l'INVS évalue à 240 000 par an le nombre de footballeurs à se présenter pour soins dans un service d'urgence, soit un nombre correspondant à quelque 12 % des effectifs licenciés de la fédération.

8 Pour proposer une base de comparaison, on pourra retenir qu'en 2009 le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'élevait à 9,4 milliards d'euros.

9 Par comparaison, ces trois catégories présentaient strictement un même taux d'accidents de transport de 15 %. Marie Choquet établit également que, chez les jeunes, la consommation d'alcool et de drogues s'accroît en fonction de l'intensité de la pratique sportive. Elle ajoute, pour la citer, que « *la pratique sportive intense va de pair avec des comportements violents et délictueux. Les jeunes qui ont une pratique sportive intense sont plus violents que les autres.* »

10 Dans la mesure où les taux de pratique d'une activité physique ou sportives les plus élevés s'observent dans la fourchette d'âge située entre 11 et 18 ans, la limite basse des 14 ans retenue contribue de fait à minorer fortement le nombre annuel d'accidents de sport. De même, calculer des taux d'accidents de sport sur une population totale de français ou de sportifs incluant des individus pouvant atteindre l'âge de 75 ans, c'est-à-dire des individus qui ne pratiquent pas ou se livrent prioritairement à des activités physiques modérées, revient inévitablement à donner une représentation statistique biaisée à la baisse de la réalité des accidents de sport.

11 La différence entre ce nombre et les 910 000 hospitalisations annuelles calculées par l'INVS s'explique très probablement par l'exclusion des moins de 14 ans de la population d'enquête.

12 Contrairement aux possibles « impressions premières », et malgré une tendance à la concentration dans cette filière d'étudiants classés athlètes de haut niveau, les inscrits en STAPS ne présentent pas un profil nettement plus sportif que les autres étudiants considérés à un âge équivalent (Papin, 2013, p. 43-46). Enquêter sur une population de 379 étudiants en STAPS a surtout permis, outre une homogénéité en termes d'âge, de disposer de données relatives à des individus pratiquant nécessairement les activités physiques et sportives, ne serait-ce lors des TD de « Pratique d'une APS » obligatoirement inclus dans leur formation. Par ce choix de population d'enquête, il s'agissait de se donner des possibilités d'appréhension statistique des accidents de sport potentiellement plus éclairantes que celles caractéristiques des études précédemment citées, ces dernières se bornant à rapporter fréquences, moyennes et autres taux observés à l'ensemble de la population résidant en France. Un peu comme si pour produire les statistiques relatives aux accidents d'avion advenus dans le monde, les mesures étaient effectuées en référence à l'effectif de la population mondiale au lieu de s'en tenir, comme c'est plus raisonnablement le cas, à l'unité « million de passagers transportés ».

13 On remarquera non sans malice que, du côté des ministères chargés des sports et de la santé comme du côté des fédérations, l'une des principales justifications récurrentes de la nécessité de pratiquer dans un club fédéré se situe dans l'idée selon laquelle la pratique « sauvage » serait particulièrement accidentogène, faute d'être encadrée par des spécialistes formés et responsables. L'enquête sur les étudiants en STAPS montre clairement qu'il s'agit là d'une illusion bien fondée reposant à l'évidence sur l'amplification médiatique dont font l'objet les accidents graves ou mortels dans des spécialités telles que le ski hors piste, le parapente, l'alpinisme, le BASE jump, le kite-surf et autres du genre. Sur les 341 étudiants victimes d'au moins un accident de sport au cours de leur existence, le dernier est survenu au cours d'une pratique non-encadrée dans une proportion de 12,6 % seulement.

14 Notons qu'en 2012, le citoyen ordinaire devait en France attendre en moyenne 29 jours pour accéder à un tel service et, dans les Pays de la Loire, pas moins de 50 jours.